

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres

Règlement Mutualiste

Madame, Monsieur,

Vous adhérez à la Garantie « Temporaire décès de la Mutuelle « Groupe Smiso Mutuelle des Cadres » et nous vous en remercions.

Votre contrat, régi par le Code de la mutualité, comprend deux parties :

- Le présent règlement mutualiste qui précise le fonctionnement de notre relation contractuelle. Ce règlement a été adopté par l'Assemblée générale de la Mutuelle sur proposition de son Conseil d'administration.
- Votre bulletin d'adhésion qui précise les garanties que vous avez choisies.

Pour faciliter la lecture de ce document, nous avons adopté les conventions suivantes : « vous » désigne l'assuré dénommé membre participant dans le Code de la mutualité ; « nous » désigne votre Mutuelle.

• DÉFINITIONS :

Membre participant :

C'est vous en tant que souscripteur du contrat complémentaire santé auprès de la Mutuelle. Cette qualité vous permet de bénéficier des droits politiques décrits dans les statuts de la Mutuelle qui vous ont été remis préalablement à votre adhésion. Vous pouvez donc élire vos Délégués à l'Assemblée générale ou candidater pour y être élu.

Personnes couvertes :

En plus de vous, votre conjoint non-séparé de corps judiciairement ou à défaut votre concubin tel que défini à l'article L.515-8 du Code Civil ou à défaut votre partenaire lié avec vous par un PACS peut demander à être assuré au titre de la garantie temporaire décès. Par souci de simplification cette personne est désignée sous le terme de conjoint dans le reste du règlement mutualiste, et ce, quel que soit le lien juridique qui vous unit à cette personne.

Garanties :

Les garanties qui découlent de votre contrat ont pour objet de garantir, le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés si la personne couverte vient à décéder ou à être en état de perte totale et irréversible d'autonomie.

Décès :

C'est le constat, par une autorité médicale compétente, de l'arrêt des fonctions vitales de la personne couverte par le contrat et âgée de moins de 80 ans. La date du décès est fixée par cette autorité médicale et notifiée dans l'acte de décès.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

On entend par Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le cas de la personne couverte par le contrat reconnue âgée de moins de 65 ans définitivement incapable de se livrer à aucune occupation, ni aucun travail, lui procurant gain ou profit et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Elle doit en outre être classée en invalidité de 3ème catégorie par la Sécurité sociale (art. L. 341-4 du code de la Sécurité sociale), ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail, une rente correspondant à un taux de 100% résultant du barème accidents du travail, et bénéficier

de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne (art. L. 434-2 du code de la Sécurité sociale).

Décès ou PTIA accidentel :

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la personne couverte par le contrat provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Le décès ou la PTIA de la personne couverte par le contrat doit survenir au plus tard dans un délai de douze mois suivant cet accident.

• DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. Modification du règlement et des garanties :

Toute modification par l'Assemblée générale de la Mutuelle du règlement ou des garanties prévues au bulletin d'adhésion est portée à votre connaissance. Elle prend effet après vous avoir été notifié sans qu'il soit nécessaire de signer un avenant.

Le montant des garanties peut être revu en cours d'année par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou le Conseil d'administration sur délégation de cette dernière, dès lors que cette mesure est nécessaire au maintien des équilibres techniques de la Mutuelle.

ARTICLE 2. Conditions d'adhésion

Vous pouvez souscrire cette garantie si vous êtes âgé de 18 à 60 ans. Votre conjoint peut également demandé à souscrire cette garantie s'il est âgé de moins de 60 ans. Vous et votre conjoint devez avoir votre résidence principale en France métropolitaine.

ARTICLE 3. Adhésion - Prise d'effet de l'adhésion

Votre adhésion à la Mutuelle, à ses statuts et au règlement mutualiste est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion qui vous permet de choisir le montant de votre garantie destinée à vous couvrir. Il en va de même pour l'adhésion de votre conjoint.

Votre adhésion prend effet au plus tôt le lendemain du jour où vous signez votre bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par la Mutuelle de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion dans les 30 jours qui suivent la signature du bulletin d'adhésion. La date d'effet de votre garantie est mentionnée sur votre bulletin d'adhésion et sur le certificat d'adhésion qui vous est adressé par la Mutuelle en confirmation de votre adhésion.

Par dérogation au paragraphe ci-dessus, si l'adhésion à la présente garantie est effectuée en même temps qu'une adhésion à la gamme santé « 100% Vous » de la mutuelle, les deux adhésions prennent effet simultanément dans les conditions prévues au règlement mutualiste « 100% Vous ».

ARTICLE 4. Faculté de renonciation

Vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où votre adhésion a pris effet.

Vous devez adresser votre renonciation par lettre recommandée avec avis de réception au « Service adhésion Mutuelle – 8 Bd Vauban – 59024 Lille Cedex », en utilisant le modèle ci-joint (cette demande doit être accompagnée de votre carte de tiers payant pour être prise en compte) :

Je, soussigné, (nom, prénom),

déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :

N° d'adhésion (ou joindre une copie du bulletin d'adhésion) :

Date de la demande d'adhésion :

Adresse :

Fait à, le :

Signature du membre participant :

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser à la mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 60 (soixante) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la mutuelle vous les remboursera dans un délai de 60 (soixante) jours.

Ces principes s'appliquent également en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance (vente par téléphone, Internet,)

ARTICLE 5. Durée de l'adhésion

Votre adhésion court jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet, puis elle se renouvelle tacitement chaque 1er janvier sauf si vous utilisez votre faculté de résiliation annuelle.

ARTICLE 6. Fin de l'adhésion

- Evènements mettant fin à votre adhésion

L'adhésion et la garantie décès temporaire prennent fin pour la personne couverte :

- Au jour du versement de la prestation par anticipation en cas de PTIA
- Au jour de votre 65ème anniversaire ou de celui de votre conjoint pour la garantie PTIA.
- Au jour de votre 80ème anniversaire ou de celui de votre conjoint pour la garantie décès.
- au jour de votre décès ou de celui de votre conjoint,
- en cas de non-paiement des cotisations (cf. article 9),
- si vous décidez de résilier votre adhésion. Dans ce cas, vous devez adresser votre demande de résiliation au moins deux mois avant la date de renouvellement tacite de votre adhésion (donc au plus tard le 31 octobre) par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège de la Mutuelle. Dans ce cas, votre adhésion prend fin le 31 décembre à minuit.
- si la mutuelle résilie votre adhésion. Dans ce cas, elle doit vous adresser sa demande de résiliation au moins deux mois avant la date de renouvellement tacite de votre adhésion (donc au plus tard le 31 octobre) par lettre recommandée avec avis de réception adressée à votre domicile. Dans ce cas, votre adhésion prend fin le 31 décembre à minuit.

• COTISATIONS

ARTICLE 7. Montant des cotisations

Le montant des cotisations est fixé par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur mandat de celle-ci.

La structure de vos cotisations est dite « par personne protégée ». Cela

signifie qu'une cotisation est due pour chaque personne couverte.

Le montant de cette cotisation varie pour chaque personne en fonction :

- des garanties que vous avez souscrites,
- de l'âge de la personne au 1er janvier de chaque année.

Le montant des cotisations peut être revu par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou le Conseil d'administration sur délégation de cette dernière. Ces modifications s'imposent à vous dès qu'elles vous sont notifiées par la Mutuelle sans qu'il soit nécessaire de signer un avenant.

Le montant de vos cotisations est repris sur votre bulletin d'adhésion et votre certificat d'adhésion. Il vous est communiqué au moins annuellement par écrit par la suite.

ARTICLE 8. Paiement des cotisations

• Procédure de paiement des cotisations :

Vous êtes débiteur de l'ensemble des cotisations dues à la Mutuelle de votre propre chef ainsi que de celui de votre éventuel conjoint.

Vous êtes débiteur de l'intégralité de la cotisation annuelle, y compris si celle-ci est résiliée de votre fait en cours d'année (sauf exception prévue par la loi). Toutefois, le paiement de la cotisation s'effectue, selon votre choix, en 12 mensualités ou en 4 trimestrialités. Elles sont payées mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique sur votre compte bancaire. La date d'échéance de ces cotisations est le 5 de chaque mois (cette échéance peut être fixée au 15 sur simple demande). Si la Mutuelle accepte que les cotisations soient payées par chèque, celles-ci sont alors payées trimestriellement d'avance avec une date d'échéance fixée au 5 du premier mois du trimestre civil.

Si vous adhérez à la Mutuelle via son site Internet, la première échéance de paiement est à régler par carte bancaire au moment de l'adhésion.

• En cas de non-paiement des cotisations :

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après votre mise en demeure. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

• GARANTIES

ARTICLE 9. Date d'effet des garanties - Périodes de carence

En principe les garanties prennent effet avec l'adhésion.

Une période de carence est prévue suite à votre adhésion ou à celle de votre éventuel conjoint. Au cours de cette période, vous êtes tenus au paiement de vos cotisations et la Mutuelle ne versera pas de prestations en cas de survenance du sinistre (décès ou reconnaissance de l'invalidité de 3ème catégorie par la Sécurité sociale)

Cette période de carence est de douze mois de date à date à compter de la date d'effet de votre adhésion ou de la date d'effet de l'affiliation de votre conjoint.

La période de carence n'est pas appliquée si le décès ou la PTIA résulte exclusivement et directement d'un accident (cf. rubrique définition) postérieur à votre date d'adhésion ou à celle de. Le bénéficiaire doit apporter la preuve que le sinistre fait suite à un accident.

ARTICLE 10. Choix des garanties

Vous choisissez les garanties qui vont vous couvrir sur votre bulletin d'adhésion, votre éventuel conjoint sera couvert par les mêmes garanties.

ARTICLE 11. Changement de garanties

Lorsque vous êtes adhérent de la Mutuelle au titre de la garanties « Temporaire décès » depuis plus de 12 mois, vous pouvez demander à changer niveau de garanties. Il vous suffit d'en faire la demande par écrit auprès de la Mutuelle, et ce, au plus tard le 1^{er} octobre de l'année en cours (cachet de la poste faisant foi). Les nouvelles garanties prennent effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

La période de carences prévues à l'article 10 s'appliquent au différentiel entre vos anciennes garanties et les garanties nouvellement souscrites si ces dernières sont supérieures.

Les périodes de carences s'appliquent pour les durées prévues à l'article 10, même si une période de carences au titre de vos anciennes garanties était encore en cours au moment de votre changement de garantie .

ARTICLE 12. Condition d'attribution des garanties

12.1 Fait générateur

Le fait générateur de la prestation correspond à la date du décès constaté par une autorité médicale ou à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité de 3^{ème} catégorie notifiée par la Sécurité sociale.

12.2 Bénéficiaires de la prestation

A - En cas de décès :

Le capital garanti en cas de décès de la personne couverte est attribué par ordre de préférence et sous réserve des modalités particulières précisées ci-après :

- à son conjoint non séparé de corps judiciairement, non divorcé;
- à défaut à son partenaire lié par un PACS,
- à défaut à son concubin (cf rubrique définitions);
- à défaut, à ses enfants vivants, à naître ou représentés par parts égales entre eux ;
- à défaut, à son père et à sa mère, par parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux;
- à défaut à ses héritiers, par parts égales entre eux sous couvert du notaire chargé de la succession du participant.
- à défaut d'héritiers, au fonds social de la Mutuelle, à charge pour cette dernière de participer, si nécessaire, aux frais d'obsèques du défunt, dans la limite du capital dû. Si un héritier se manifeste après la prise en charge de ces obsèques, la prestation lui sera versée sous déduction des sommes versées par la mutuelle

Désignation particulière des bénéficiaires :

Dans tous les cas, vous ou votre éventuel conjoint couvert avez la faculté, lors de votre adhésion ou postérieurement à celle-ci, de modifier la désignation contractuelle ou votre désignation particulière initiale lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Vous devez alors indiquer par écrit, à la Mutuelle, la ou les personne(s) physique(s) ou morale(s) que vous désignez comme bénéficiaires. La désignation peut être effectuée via le bulletin de désignation mis à votre disposition par la Mutuelle, mais également par acte sous seing privé adressé à l'Institution ou par acte authentique (fait par un notaire).

Lorsque vous ou votre conjoint désignez nommément votre ou vos bénéficiaire(s), vous pouvez préciser les coordonnées de ce(s) dernier(s), celles-ci seront utilisées par l'Institution en cas de décès.

Lorsqu'une désignation de bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation de votre fait ou en cas de révocation prévue par le Code civil, sans nouvelle désignation, la désignation contractuelle s'applique pour la part du capital

initialement prévue pour ce ou ces bénéficiaires.

Le bénéficiaire désigné peut accepter la désignation faite en sa faveur. Cette acceptation rend la stipulation irrévocable. Tant que la personne couverte est en vie l'acceptation est faite par un avenant signé de la mutuelle, de la personne couverte et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard de la mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Après le décès de la personne couverte, l'acceptation est libre.

B - Capital versé en cas de PTIA

Le capital accordé par anticipation en cas de PTIA est attribué à la personne couverte dont l'état de PTIA a été reconnu.

Le versement du capital PTIA met fin à la garantie décès

12.3 Modalités de déclaration du sinistre

Modalités de déclaration du sinistre :

Le bénéficiaire doit adresser à la Mutuelle, dans les 30 jours suivant le sinistre, une demande de prestation composée des pièces justificatives récapitulées ci-dessous.

Pièces justificatives :

En cas de décès :

- Un extrait d'acte de décès et un extrait d'acte de naissance du décédé avec mention marginale ;
- Une copie du livret de famille du décédé ;
- Une copie du livret de famille du bénéficiaire ;
- En cas d'accident, un procès verbal de gendarmerie, un rapport de police ou tout autre élément attestant du caractère accidentel du sinistre.
- Un RIB ;

En cas d'Invalidité permanente totale accidentelle (IPTA)

- la notification d'attribution de la pension de 3^{ème} catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ou le justificatif de la majoration de pension accordée pour assistance d'une tierce personne en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle ;
- une copie du ou des livrets de familles du participant invalide certifiés conformes à l'original ;
- un certificat médical attestant que la IPTA du participant résulte d'un accident ;
- Un RIB ;
- En cas d'accident, un procès verbal de gendarmerie, un rapport de police ou tout autre élément attestant du caractère accidentel du sinistre.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce au moment du sinistre.

12-4 Particularité pour les personnes sous tutelle

Nous attirons votre attention sur le fait que les prestations versées au titre du décès d'une personne sous tutelle sont limitées aux frais réellement engagés dans le cadre des obsèques de cette dernière. Les factures acquittées devront être adressées à la Mutuelle.

12-5. Exclusions propres à la garantie "décès temporaire"

N'est pas garanti le décès ou la PTIA d'une personne couverte conséquence :

- **Du suicide ou la tentative de suicide de la personne couverte au cours des douze premiers mois d'adhésion à l'option.**
- **Du meurtre de l'assuré par le bénéficiaire.**
- **D'une guerre étrangère ; il appartient au Bénéficiaire de prouver que le sinistre résulte d'un autre fait.**
- **D'une guerre civile ; il appartient à la Mutuelle de prouver que le sinistre résulte de ce fait.**

N'est pas garanti le décès accidentel ou la PTIA accidentelle d'une personne couverte conséquence :

- Du fait volontaire de l'assuré.
- D'un accident dû à l'absorption par la personne couverte de drogue ou médicaments non prescrits médicalement.
- D'un accident de conduite survenu alors que la personne conduisait sous l'emprise d'un état alcoolique supérieur au taux légal en vigueur du pays concerné.
- D'un accident résultant de la participation active de la personne couverte à des paris de toute nature, à des rixes (sauf en cas de légitime défense).
- D'un accident résultant de la participation active de la personne couverte à des crimes, un attentat, un acte de terrorisme ou à un acte de guerre.
- De l'exercice d'un sport en tant que professionnel.
- De la participation à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records.
- De l'exercice d'un sport aérien en tant que pilote ou membre d'équipage.
- De la pratique de tous les sports aériens et notamment du deltaplane, du parachutisme, du parapente, de l'ULM.
- De l'utilisation d'un appareil se déplaçant dans les airs en tant que pilote, membre d'équipage ou passager sauf passager d'appareil de ligne régulière agréé pour le transport de passagers.
- Des effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou de l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.

• DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 13. Fausse déclaration

Toute fausse déclaration de votre part ou d'un de vos éventuels ayants droit quant à la réalité et/ou à l'étendue du sinistre entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 14. Délai de prescription

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par 10 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (action en justice, reconnaissance du droit contre celui on prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 15. Organisme de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel, située au 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

ARTICLE 16. Informatique et libertés

L'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux informations données en réponse aux questions nécessaires à la conclusion du présent règlement.

Le membre participant et ses ayants droit autorisent la Mutuelle à communiquer ces informations à tout organisme appelé à présent règlement en raison de sa gestion ou de son exécution.

Le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle.